



SISALRIL
Superintendencia de Salud
y Riesgos Laborales
"Tu protección es nuestra Misión"

PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD

República Dominicana.
Octubre 2018
(Versión 2.0)



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	RESUMEN EJECUTIVO.	5
III.	MARCO LEGAL, REGLAMENTARIO Y RESOLUTIVO.	7
IV.	JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.	11
	4.1. La necesaria cobertura universal.	11
	Afiliaación	12
	Cobertura de servicios.	12
	El gasto familiar de bolsillo (GFB).	13
	4.2. Cambios en el perfil de necesidades de la población.	15
	4.3. Necesidad de actualizar el PDSS y desarrollar la atención garantizada para problemas prioritarios de salud.	17
	4.4. Responsabilidades.	19
V.	ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD Y FORMAS DE CONTRATACIÓN DE PSS.	21
	5.1. Conceptos básicos sobre Atención Primaria de la Salud (APS) y Primer Nivel de Atención.	21
	5.2. Contratación de PSS, modalidades de pago e instrumentos reguladores.	22
VI.	CONTENIDOS DE LA PROPUESTA SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y SU INCLUSIÓN EN EL CATALOGO DEL PLAN BASICO DE SALUD (PDSS).	26
	6.1. Subgrupo 1.1 Cartera de coberturas garantizadas en el Primer Nivel de Atención	27
	Atención integral por ciclo de vida.	28
	Atención de primer nivel para urgencias y emergencias.	29
	Referencias y Contra Referencias.	29
	Coberturas explícitas incluidas.	30
	6.2. Subgrupo 1.2. Cartera de coberturas de los servicios de Prevención Secundaria y Terciaria	30
	6.3. Sobre la dispensación de Medicamentos prescritos en el Primer Nivel de Atención y Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria	33
	6.4. Fondo para Programas Especiales de Salud Pública	33
VII.	ESTIMACIÓN DEL PER CÁPITA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA.	35
VIII.	FONDO PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD.	37
IX.	SEGUIMIENTO Y MONITOREO. INDICADORES	37
X.	ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA PROPUESTA	38



XI.	PLAN DE TRABAJO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	38
XII.	ANEXOS	39
	ANEXO 1. Nota técnica sobre estimación de costos. Per cápitas diferenciados.	39
	ANEXO 2. Coberturas Explícitas.	39
	ANEXO 2A. Coberturas explícitas. Primer Nivel de Atención.	39
	ANEXO 2B. Coberturas explícitas de Prevención Secundaria y Terciaria.	39
	ANEXO 3. Síntesis de contenidos claves de la propuesta.	39
	ANEXO 4. Plan de Trabajo Sugerido.	39



PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD.

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene la propuesta de la SISALRIL al Consejo Nacional de Seguridad Social para la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud y el Primer Nivel de Atención en el Seguro Familiar de Salud, así como el Marco Conceptual y Técnico que la sustenta. Incluye conceptos e informaciones que contribuyen a una mejor y más adecuada comprensión de los antecedentes, justificación, propósitos y fundamentos jurídicos y conceptuales para la incorporación de coberturas sobre Atención Primaria de la Salud en el Catálogo del Plan Básico de Salud (actualmente PDSS), así como una propuesta de coberturas explícitas para ser incorporadas en dicho Catálogo mediante la modificación del Grupo Uno (actualmente Promoción y Prevención).

Esta modificación del Catálogo, podría constituir una de las más importantes aprobadas desde la adopción del actual PDSS, sobre todo si se considera su impacto potencial sobre la totalidad de la población afiliada al Seguro Familiar de Salud y sobre la cobertura de problemas prioritarios y de alta frecuencia que afectan la salud y el presupuesto familiar.

La propuesta ha sido formulada en respuesta a lo dispuesto por el artículo octavo de la Resolución No.431-02 del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), de fecha 19 de octubre de 2017, que instruyó a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) *“someter una propuesta para la implementación de estrategias de Atención Primaria y del Primer Nivel de Atención, como puerta de entrada a los servicios del Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud en sus diferentes Regímenes, de acuerdo con lo previsto por el Artículo 152 de la Ley No. 87-01”*.

Se enmarca en la Ley 87-01, sus reglamentaciones y normativas vigentes. Es decir, que para su eventual aprobación e implementación no es requisito la modificación total o parcial de ninguno de estos instrumentos jurídicos del Seguro Familiar de Salud.

Además del documento básico, esta propuesta incluye 4 anexos. El Anexo 1, contiene en detalle la metodología, procedimientos y fuentes de información empleados para estimar los costos y el posible impacto en el per cápita. Los Anexos 2 (A y B) contienen en detalle las coberturas explícitas que se propone incorpora al actual Catálogo del Plan Básico de Salud (actualmente PDSS). El Anexo 3 contiene una síntesis esquemática de los aspectos clave que se considera deben ser incorporados en las decisiones y resoluciones que el honorable CNSS adopte sobre la aplicación de la estrategia de Atención Primaria de Salud y Primer Nivel de Atención, y el Anexo 4 contiene una sugerencia sobre el posible Plan de Trabajo y cronograma para la implementación de dichas decisiones.

La preparación de la presente propuesta requirió una exhaustiva revisión de aportes académicos y experiencias aplicativas a nivel nacional e internacional sobre Atención Primaria



de la Salud, a raíz de la Declaración de Alma Ata adoptada por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud en 1978, y su actualización en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en la reciente Declaración de Astana adoptada en octubre 2018.

Así mismo, se revisó el marco constitucional, legal y reglamentario vigente en el país en lo referente a salud (Ley 42-01) y seguridad social (Ley 87-01), y la ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 (Ley 1-12).

Igualmente, se realizaron numerosas consultas ante autoridades, organismos e instituciones nacionales e internacionales, y ante Sociedades Médicas Especializadas del país, así como ante Administradoras de riesgos de Salud, sectores empresariales, trabajadores organizados y organizaciones de la sociedad civil.

Finalmente, el borrador esta propuesta (versión 1.0) fue presentado ante el Comité Interinstitucional de la SISALRIL, órgano de consulta previsto en la Ley 87-01 (Artículo 179) y en dos sesiones ante comisiones técnicas designadas por dicho Comité. Se recibieron aportes técnicos, sugerencias y preguntas de dos de los sectores representados el Comité Interinstitucional.

Todos los aportes técnicos recibidos han sido debidamente valorados en la preparación de la versión 2.0 que mediante el presente documento se presenta a consideración del honorable CNSS.

II. RESUMEN EJECUTIVO.

El presente documento contiene la propuesta formulada por la SISALRIL a instancias del CNSS, para la aplicación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y las atenciones de Primer Nivel, en el Seguro Familiar de Salud. Está conformado por un documento principal y 4 documentos anexos, los cuales forman parte integrantes de la propuesta.

El documento se inicia con una revisión de los antecedentes y fundamentos legales y reglamentarios, así como del conjunto de decisiones previamente adoptadas por el CNSS, desde el año 2011 hasta la fecha, relacionadas con el desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria de Salud y el Primer Nivel de Atención. Esta parte constituye la fundamentación de la propuesta como un requerimiento jurídico.

A continuación, se presentan las justificaciones desde la perspectiva de necesidad, y algunas consideraciones sobre su aplicación y desarrollo que se derivan de esta necesidad.

Entre las justificaciones como necesidad. Se considera indispensable para alcanzar la cobertura universal de protección por el Seguro Familiar de Salud, así como para adecuar el catálogo a los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico del país, para dar mejor cobertura de promoción y prevención de la salud y para evitar complicaciones y daños irreparables por Hipertensión Arterial, Diabetes y otras patologías crónicas. También se destaca la necesidad de reducir el Gasto Familiar de Bolsillo como barrera de acceso a servicios oportunos y de calidad, y la necesidad de fortalecer el valor social del Plan Básico



(actual PDSS) del Seguro Familiar de Salud, y apuntalar la sostenibilidad y los equilibrios financieros del Seguro Familiar de Salud.

Con base en las justificaciones y fundamentaciones señaladas, concluye que, se requiere modificar el Catálogo de Prestaciones del PDSS tomando como uno de sus ejes clave la estrategia de Atención Primaria de Salud y, simultáneamente, crear condiciones para que la Red de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) contratada por cada ARS avance hacia una estructuración por niveles de complejidad de la atención, e incluya establecimientos de Primer Nivel y servicios de Prevención Secundaria y Terciaria de problemas prioritarios.

Se destaca así mismo, la necesidad de actualizar las normativas y regulaciones sobre los Contratos (acuerdos) de Gestión entre las ARS y las PSS, y reglas de acceso para algunas prestaciones claves. Estas responsabilidades corresponderían a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) con posterioridad a las decisiones del CNSS.

A continuación, se hace una revisión conceptual sobre la Atención Primaria en Salud como estrategia, cuya aplicación involucra servicios de diferentes niveles de complejidad; y sobre el Primer Nivel de Atención como establecimientos o conjunto de servicios, los cuales actúan como puerta de entrada a las redes de PSS y fortalecen la Prevención Primaria desde la perspectiva del Seguro Familiar de Salud, su contenido y sus implicaciones para la Resolución que adoptaría el CNSS.

Sustentado en todas las anteriores justificaciones, necesidades y bases conceptuales, se propone la reforma y reestructuración del Grupo 1 del Catálogo de Coberturas del Plan Básico (actual PDSS) del Seguro Familiar de Salud, actualmente denominado Promoción y Prevención, proponiéndose modificar su denominación por "Atención Primaria, Promoción y Prevención" y su reorganización en tres Subgrupos. Uno sobre las coberturas en el Primer Nivel de Atención, uno sobre coberturas de Prevención Secundaria y Terciaria mediante atención continuada garantizada para pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes, y uno transitorio para proteger las actuales iniciativas de P y P mientras la población afiliada migra progresivamente al nuevo modelo de prestaciones.

En las modificaciones propuestas para el Grupo 1 del Catálogo, se describe la Cartera de Coberturas del Primer Nivel de Atención, por cada etapa del Ciclo de Vida; y de los Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria, comenzando por Hipertensión Arterial y Diabetes, por su alta incidencia y prevalencia, la probabilidad de desarrollar graves complicaciones y daños irreversibles, por el impacto en el gasto de las familias, por su impacto potencial sobre los Años de Vida ajustados por Discapacidad (AVAD), los Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP) y otros indicadores epidemiológicos, y porque existe abundante evidencia sobre la importancia y efectividad de la Prevención Secundaria y Terciaria en estas patologías. Es destacable, que la propuesta no incluye modificaciones en ninguno de los otros 11 Grupos del actual Catálogo de Coberturas.

En el Anexo 1, el documento incorpora consideraciones sobre los procesos y metodologías aplicadas para definir y sustentar la propuesta de Resolución del CNSS sobre Atención Primaria de Salud y Primer Nivel de Atención desde la perspectiva de costos. y establecer su



impacto en el per cápita que se dispersa para garantizar las coberturas del Plan de Servicios de Salud (PDSS). Se plantean reglas de acceso definidas para algunas prestaciones, e incentivos para el mejor desempeño de los Prestadores de Servicios de Salud y el cumplimiento de indicadores de resultados.

En el Anexo 2A de la propuesta se ha incluido una descripción detallada de las coberturas correspondientes al Primer Nivel de Atención y en el Anexos 2B las correspondientes a la Prevención Secundaria y Terciaria, inicialmente de Hipertensión Arterial y Diabetes, ambos como modificaciones planteadas para el Catálogo Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) en el Grupo Uno. El Anexo 3 contiene una síntesis de los aspectos clave que sería importante considerar en la Resolución que adopte el CNSS y el Anexo 4 contiene una sugerencia de Plan de Trabajo y cronograma.

Se concluye con consideraciones finales acerca de la propuesta como oportunidad para favorecer avances hacia el Modelo de Atención Integral definido por el Ministerio de Salud Pública para el Sistema de Salud (público y privado) y para promover un Plan Básico de Salud más integral. En este sentido, la presente propuesta constituiría un aporte del Sistema Dominicano de Seguridad Social al mejor desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

III. MARCO LEGAL, REGLAMENTARIO Y RESOLUTIVO.

La Ley 87-01, en su artículo primero, establece que su objeto es...“*establecer el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), en el marco de la Constitución de la República, para regular y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos, en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población...*”. El ámbito del SDSS, por lo tanto, es el financiamiento de las coberturas de servicios, más que la organización y regulación de los mismos, lo cual es atribuido específicamente al Ministerio de Salud Pública (antes Secretaría de Estado de Salud y Asistencia Social) por la Ley 42-01.

El Seguro Familiar de Salud, como lo establece el Artículo 118 de la Ley 87-01, “*tiene por finalidad, la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema*”. Por tanto, el Seguro Familiar de Salud, como componente del SDSS, es una política pública con vocación de cobertura universal y de equidad de acceso, como componentes del derecho a la salud de la ciudadanía, mediante la garantía de financiamiento sostenible y la racionalización del costo y el gasto en salud.

El Seguro Familiar de Salud, de acuerdo con el marco legal vigente (Ley 87-01. Artículos 129 y 130), está basado en coberturas explícitas contempladas en el Catálogo del Plan Básico de Salud (actualmente PDSS), las cuales deben ser garantizadas a los afiliados por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) mediante la contratación de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) (Ley 87-01. Artículo 148). El respaldo financiero se traduce en el pago de un per cápita mensual a la ARS procedente de la Tesorería de la Seguridad Social.



Este tipo de sistemas son considerados de predominio de “subsidios a la demanda”^{1, 2, 3} y de “competencia regulada”⁴. El Catálogo de Prestaciones de Servicios de Salud aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social y la Normativa de Contratos de Gestión entre las ARS y PSS formuladas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, son herramientas básicas para la operación del sistema y la protección de los derechos de los afiliados, en este tipo de sistemas.

La Ley 87-01, en su Artículo 152, establece que *“las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) para ser habilitadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) deberán contar con la contratación de Proveedoras de Servicios de Salud (PSS), que en conjunto cubran y articulen los niveles de atención, cumpliendo al menos con: Un nivel de atención primaria como Puerta de Entrada a la red de servicios, con atención profesional básica a la población a su cargo, dotado de adecuada capacidad resolutive y centrado en la prevención, en el fomento de la salud, en acciones de vigilancia y en el seguimiento de pacientes especiales, que cubra emergencias y atención domiciliaria”*.

El *Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud*, en su artículo décimo quinto (15) establece como obligación de las Administradoras de Riesgos de Salud *“garantizar a los beneficiarios una protección de calidad, oportuna y satisfactoria a través de la racionalización del costo de los servicios del Plan Básico de Salud, con niveles adecuados de productividad y eficiencia, en correspondencia con las coberturas objetivos y metas del Plan Nacional contenidas en el Plan Básico de Salud y con las disposiciones que para tal efecto de establezca la SISALRIL”*.

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), mediante la Resolución CNSS No. 276-01, de fecha 06 de julio 2011, estableció la *“necesidad de coordinar con el Ministerio de Salud Pública la implementación del Primer Nivel de Atención, el establecimiento de tarifas de referencia y los protocolos para la Promoción Prevención Curación y Rehabilitación”*.

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), mediante la Resolución No. 279-03, de fecha 06 de octubre 2011, dispuso el *“inicio del Primer Nivel de Atención como Puerta de Entrada a los servicios del Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, a partir del 1 de mayo de 2012, en cumplimiento de los artículos 129 y 152, de la Ley No.87-01 y el artículo 23, del Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud”*.

Posteriormente, el CNSS mediante la Resolución No. 292-08 de fecha 26 de abril 2012, estableció *“la obligatoriedad del Primer Nivel de Atención como Puerta de Entrada a la red de servicios del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud”*.

¹ “Los sistemas de Seguros de Salud”, TASC N° 15, Ilades/Georgetown, febrero 1991.

² Caviedes, Rafael.- *Estudios Públicos*, 54 (otoño 1994). Chile.

³ López Susan (2013). El derecho a la salud en el marco del financiamiento con subsidio a la demanda. Presentación en las XI Jornadas de Sociología. Julio de 2013. Buenos Aires. Disponible en: <http://sociologia.studiobam.com.ar/wp-content/uploads/ponencias/795.pdf>

⁴ Yepes Lujan, José y **Sanchez G, Luz H.**- La reforma del sector de la salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada.?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Volumen: 8, Numero: 1-2, Publicado: 2000



El Ministerio de Salud Pública, en su condición de órgano rector del Sistema Nacional de Salud, al definir el *Modelo de Atención en Salud para el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana*⁵ estableció que “El concepto de Sistema de Salud basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema”; y precisó que “El Modelo de Atención que se define en el presente documento es aplicable al conjunto del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana y, por tanto, no se trata de un Modelo de Atención para la Red Pública sino para el conjunto del sistema”. Dicho Modelo de Atención en Salud definido “tiene su punto de partida conceptual en los sistemas de salud basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud y en el Modelo de Red Integrada de Servicios de Salud”.⁵

Sobre el sistema de contratación y pago, la Ley 87-01 en su Artículo 169 establece para el pago por capitación, que “la tesorería de la seguridad social pagará al Seguro Nacional de Salud (SNS) y a todas las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), públicas y privadas, una tarifa fija mensual por persona protegida por la administración y prestación de los servicios del plan básico de salud. Su monto será establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), mediante cálculos actuariales, será revisado anualmente en forma ordinaria y semestralmente en casos extraordinarios. Sin perjuicio de lo anterior, cuando se desarrollen las condiciones técnicas necesarias. Dicho Consejo podrá establecer tarifas diferenciadas en función del riesgo individual de los beneficiarios”.

En su Artículo 35, el Reglamento del Seguro Familiar de Salud y Plan Básico, establece que “el CNSS podrá, de conformidad con la disponibilidad general de recursos en los Regímenes Contributivo y Contributivo Subsidiado, excluir del cobro de copagos los medicamentos formulados para controlar una patología de manera permanente, en pacientes que deban inscribirse en programas especiales de control”.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁶ asumidos por nuestro país como Estado miembro de la Organización de Naciones Unidas, en su objetivo tres (3) establece que los Estados deben garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades; y para conseguirlo, en la Agenda 2030 aprobada en septiembre 2015, el compromiso es “Garantizar el acceso equitativo a servicios de salud, mediante la cobertura universal de salud basada en una Atención Primaria de Salud fortalecida”⁷.

En la 66ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, los países de la Región, incluyendo República Dominicana, acordaron garantizar a la población de sus países el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud (salud universal), incluyendo cuatro líneas estratégicas, entre ellas: “ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas afiliadas y las comunidades”. En este acuerdo se

⁵ Ministerio de Salud Pública.- MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA. Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional. Santo Domingo, RD 2017. Documento oficializado mediante la Resolución No. 00026 del 08 de diciembre 2014

⁶ ONU. PNUD.- La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. www.undp.org

⁷ OPS/OMS.- [Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 \(CSP29/6\)](http://www.paho.org) www.paho.org



estableció como responsabilidad de los estados: “Incrementar la inversión en el primer nivel de atención, según corresponda, a fin de mejorar la capacidad resolutive, aumentar el acceso y ampliar progresivamente la oferta de servicios para cubrir de manera oportuna las necesidades de salud insatisfechas, en conformidad con los servicios que deben ser accesibles a todos para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”⁸.

Así mismo, la Ley 1–12 que define la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, estableció como una de las principales líneas de acción para el sector salud, *“el desarrollo de redes públicas y privadas articuladas por niveles que brinden atención integral sustentada en una estrategia de atención primaria de salud y que tome en cuenta las necesidades a nivel de grupos poblacionales, el fortalecimiento de los servicios de salud colectiva en colaboración con autoridades locales y comunidades y la superación del actual modelo de atención aumentando la capacidad del primer nivel, reestructurando los servicios por ciclos de vida y orientando a la promoción y prevención por prioridades”*.

La más reciente decisión del CNSS sobre este asunto ha sido la Resolución CNSS No 431-02 del 19 de octubre 2017, en la cual ratificó el *“Primer Nivel de Atención como Puerta de Entrada a los servicios del Plan Básico de Salud, en los diferentes Regímenes del Seguro Familiar de Salud”* e instruyó a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) someter una propuesta *“para la implementación de estrategias de Atención Primaria y del Primer Nivel de Atención como Puerta de Entrada”* a los servicios del Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud en sus diferentes Regímenes de Financiamiento, de acuerdo con lo previsto por el Artículo 152 de la Ley No. 87-01.

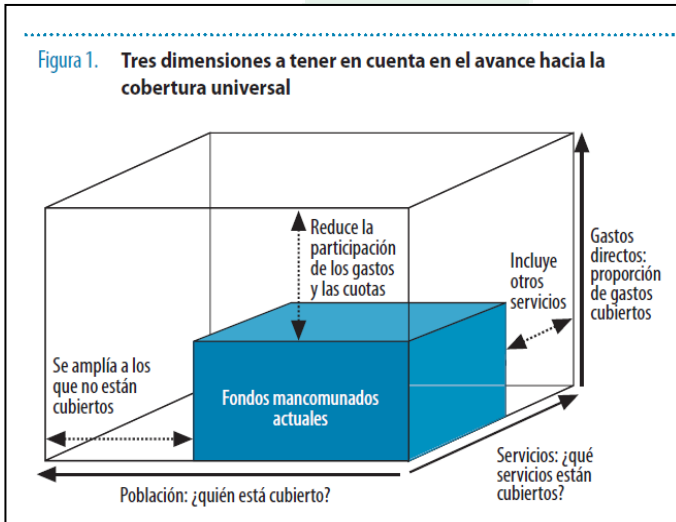
La propuesta que, en esta oportunidad, se presenta ante el Honorable Consejo Nacional de la Seguridad Social recoge los lineamientos y mandatos establecidos por el CNSS y por el Ministerio de Salud Pública, así como el mandato de la Ley 87-01 y sus Reglamentos.

⁸ www.paho.org



IV. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.

4.1. La necesaria cobertura universal.



En correspondencia con el marco legal, el Seguro Familiar de Salud tiene como principal desafío alcanzar la Cobertura Universal como garantía de protección del derecho a la salud de la población⁹. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido”. Para lograr estos propósitos, continúa la OMS, “es crítica una combinación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esto no se puede conseguir, excepto

para una pequeña minoría de la población, sin un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente. Es lo que determina si las afiliados pueden permitirse el uso de los servicios sanitarios cuando los necesitan”... “En reconocimiento de esta realidad, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todos los afiliados tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos (4). Este objetivo se definió como «cobertura universal», algunas veces llamada «cobertura sanitaria universal».¹⁰

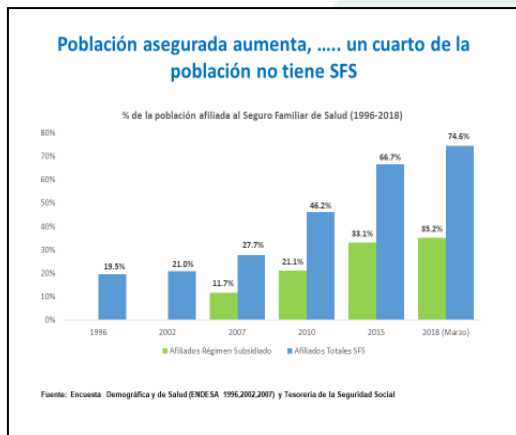
La “cobertura universal”, considera la OMS, debe ser abordada en tres dimensiones: a) la cobertura de afiliación de la población, b) la cobertura de los servicios necesarios según las necesidades y c) la cobertura de los costos en particular el gasto familiar. Los avances hacia la cobertura universal pueden ser medidos y monitoreados en función de la proporción de cobertura alcanzada en cada una de estas tres dimensiones.

⁹ Ley 87-01. Artículo 118. Finalidad del Seguro Familiar de Salud.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud.- Informe de la Salud en el Mundo. La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal. Ginebra 2010.



Afiliación



Antes de la Reforma del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, iniciada con la promulgación del actual marco legal constituido por la Ley 87-01 y la Ley 42-01, tan solo un 7% de la población estaba protegida por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). Para fines de mayo del 2018, el 74.41% de la población disfrutaba de la cobertura del Seguro Familiar de Salud. Se espera que a fines del 2020 el 90% de la población cuente con aseguramiento de salud¹¹. No obstante, los desafíos para afiliar al 25% de la población aun excluida, nuestro sistema ha sido bastante exitoso en esta dimensión. Es destacable que solamente el 3.2% de la población

de 65 años y más aun no está afiliada, y que las diferencias de afiliación entre hombres y mujeres en todas las edades son pequeñas¹².

Cobertura de servicios.

Debemos considerar las coberturas del Catálogo y el tipo de servicios que conforman las redes a disposición de la población afiliada.

Las coberturas en el Catálogo del PBS (PDSS en la actualidad) han sido ampliadas progresivamente desde su aprobación en el año 2007, en 5 oportunidades. No obstante, estas ampliaciones se han limitado a incorporar nuevos procedimientos o medicamentos, manteniéndose prácticamente sin modificaciones la estructura original y la concepción de coberturas explícitas nombradas y pago por servicios prestados (“fee for services”).

Por diversas razones, hasta el momento no se ha incorporado en el Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud, ni en las normativas y regulaciones vigentes producidas por el CNSS y la SISALRIL, en forma explícita, las prestaciones y las formas de contratación y pago correspondientes a la Atención Primaria de la Salud como estrategia, ni a las prestaciones y servicios correspondientes al Primer Nivel de Atención. Como consecuencia, las coberturas correspondientes a Promoción y Prevención en el Grupo 1 del Catálogo del PDSS actual, han sido aplicadas sin uniformidad entre las ARS/SeNaSa. Esta diversidad se traduce en diferentes experiencias y formas de cobertura, y resulta difícil monitorear y evaluar su cumplimiento y su efectividad sobre las necesidades prioritarias de la población afiliada.

Tampoco se ha alcanzado la contratación de establecimientos y servicios de Primer Nivel de Atención, en cantidad adecuada y con la cartera de servicios requeridos para atender las

¹¹ Cálculos de la SISALRIL con base en informaciones de la TSS y ONE.

¹² Cálculos de la SISALRIL. Mayo 2018.



demandas y necesidades de la población afiliada, y según el Modelo de Atención establecido, concentrándose hasta ahora, la oferta de servicios contratados por las ARS, casi exclusivamente en otros niveles de atención de mayor complejidad, por ende de mayor costo y más orientados a la atención de la demanda espontánea y a la restauración de la salud, con muy baja cobertura de intervenciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Este esfuerzo se ha traducido en importantes incrementos en el per cápita. En el Régimen Contributivo ha habido incremento del per cápita en 7 (siete) oportunidades, pasando de RD\$ 483.33 en septiembre del 2007 a RD\$ 1,013.62 por afiliado por mes en noviembre del 2017. En el Régimen Subsidiado el per cápita ha evolucionado de RD\$ 181.33 en 2007 a 220.38 en la actualidad (2018). Estos incrementos se han correspondido con una expansión de los procedimientos y medicamentos cubiertos por el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (PDSS en la actualidad). Sin embargo, el impacto sobre el perfil epidemiológico ha sido limitado y, de continuar la actual tendencia, podría comprometer en el futuro la sostenibilidad financiera del Seguro Familiar de Salud.

El gasto familiar de bolsillo (GFB).

Según Cuentas Nacionales de Salud, para el año 2015, el Gasto en Seguros Sociales representó el 50.5% del Gasto Público Corriente en Salud del país¹³. El Seguro Familiar de Salud se ha constituido en un pilar básico como política pública para alcanzar la cobertura universal de atención a la salud.

Sin embargo, el impacto sobre el Gasto Familiar de Bolsillo (GFB) no ha sido el esperado. Desde el año 2007, en que se inició el Régimen Contributivo, este GFB se ha mantenido estable alrededor del 43% del gasto total en salud del país^{14,15}.

Superior a lo encontrado en 22 países de América Latina y el Caribe, y notablemente superior a Colombia (18.3%), cuyas similitudes con nuestro sistema son reconocidas¹⁶.

Aun cuando no se dispone de informaciones actualizadas sobre el impacto del GFB en el presupuesto familiar, se considera elevado y constituye una de las quejas y razones de inconformidad de los afiliados.

República Dominicana: Composición del Gasto Total en Salud, 2004-2015



Fuente: Ministerio de Salud Pública – Cuentas Nacionales de Salud

37

¹³ Ministerio de Salud Pública. Compendio Estadístico de Cuentas Nacionales de Salud. 2004-2015

¹⁴ Según esta fuente, para el 2015 representó el 43.7% del gasto total nacional en salud.

¹⁵ Ministerio de Salud Pública. Compendio Estadístico de Cuentas Nacionales de Salud. 2004-2015.

¹⁶ World Health Organization. Global Health Expenditure Data 2015.



El gasto familiar de bolsillo (GFB) en salud es uno de los más importantes indicadores negativos de un sistema de aseguramiento en salud, valorado desde la perspectiva de cobertura universal. Cuando sobrepasa límites razonables, deja de ser un regulador de la sobre demanda, para convertirse en una barrera de acceso y en una amenaza al presupuesto familiar, un factor de empobrecimiento y un erosionador del valor del aseguramiento pre pagado como política social. La OMS ha considerado que el gasto familiar de bolsillo en salud se constituye en un gasto catastrófico cuando representa 40% o más de la capacidad de pago de los pacientes¹⁷.

Una importante proporción del gasto familiar en salud se ha dirigido en los últimos años a la adquisición de Planes Complementarios y Voluntarios de cobertura de servicios de salud, los que con frecuencia ofertan prestaciones y servicios que tendrían que estar garantizados por el Plan Básico de Salud. Para el año 2015, los pagos por este tipo de Planes fueron equivalentes al 40.2% del monto de las cotizaciones para el Seguro Familiar de Salud y constituyeron el 7.6% del Gasto Corriente Nacional en Salud.

Otra importante proporción del GFB corresponde a pagos directos a PSS, como honorarios, fuera de las regulaciones del CNSS; así como a la compra de medicamentos y servicios diagnósticos. Algunas estimaciones señalan que al menos el 50% del GFB correspondería a medicamentos.

El elevado GFB se ha constituido en una creciente barrera de acceso, ha producido una desvalorización progresiva del Seguro Familiar de Salud y su actual PDSS en la percepción de los afiliados y de los PSS, impacta negativamente en el presupuesto familiar, y ha hecho reemerger una doble cotización de los empleadores y afiliados, que debilita un propósito clave del Seguro Familiar de Salud (Artículo 141. Ley 87-01) y debilita su misión básica y razón de ser: *“la protección integral sin exclusiones por edad, sexo, condición laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y la administración del sistema”*¹⁸.

Para controlar el Gasto Familiar de Bolsillo en salud, evitar el incentivo a la doble cotización, y fortalecer la equidad, es necesario que el Seguro Familiar de Salud garantice una gestión más eficiente de los riesgos sanitarios y financieros de los afiliados, mediante servicios organizados en forma de redes, por niveles de atención. Es necesario además agregar valor al Plan Básico de Salud, mediante la garantía de cobertura de las prestaciones incluidas en el Catálogo del Plan Básico de Salud (actual PDSS) y mediante la garantía de acceso a establecimientos y servicios de Primer Nivel de Atención y de Prevención Secundaria y Terciaria, sin barreras financieras de acceso, sin copagos (o copagos reducidos y regulados).

Desarrollar la Atención Primaria de Salud, como estrategia y el Primer Nivel de Atención como puerta de entrada, constituye una necesidad para avanzar hacia la Cobertura Universal. Esta propuesta incluye en el Catálogo de Prestaciones del PDSS coberturas específicas que promoverán el desarrollo e incorporación de la Atención Primaria de Salud y el Primer Nivel en las redes de PSS contratadas por las ARS/SeNaSa.

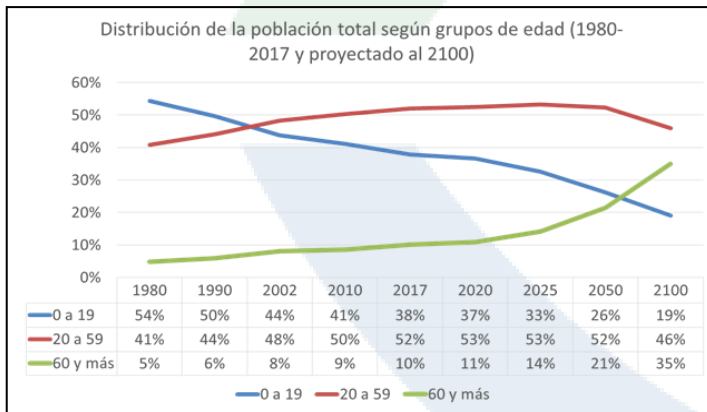
¹⁷ Organización Mundial de la Salud. 2005 Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Op. Cit.

¹⁸ Ley 87-01. Artículo 118. Finalidad del Seguro Familiar de Salud.



4.2. Cambios en el perfil de necesidades de la población.

Es conocido que ningún país del mundo tiene los suficientes recursos para poder proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posibles¹⁹. La demanda espontánea de servicios y de tecnologías en salud, tiene necesariamente que ser moderada en función del beneficio afiliado y el impacto social de sus costos. En consecuencia, el financiamiento de los servicios de salud, en tanto política pública



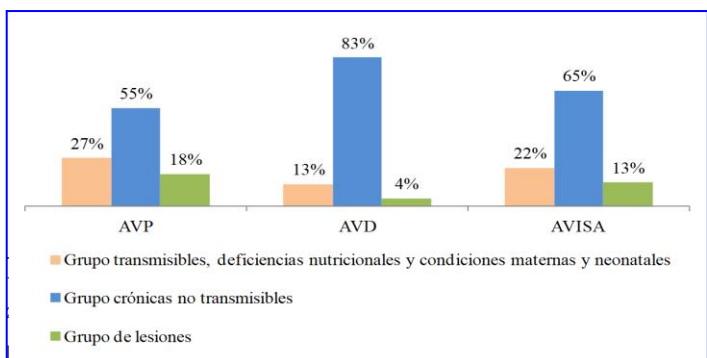
social, se enfrenta a desafíos que se relacionan con los cambios en el perfil de necesidades y la demanda de servicios, así como con los cambios tecnológicos en el campo de los servicios de salud. Como ha señalado el Profesor Lifschitz, “Uno de los mayores desafíos que enfrentan, actualmente, los sistemas de salud es garantizar eficiencia y equidad siendo, al mismo tiempo, sostenibles desde el punto de vista económico”²⁰.

El Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud debe garantizar la cobertura de los problemas prioritarios de salud²¹.

La identificación de estos problemas prioritarios se basa en su incidencia y prevalencia, y en indicadores sobre sus consecuencias en el perfil epidemiológico, considerando los AVPP, AVD y AVISA, como lo establece el Reglamento del SFS y del Plan Básico de Salud²².

Desde 2007, cuando fue aprobada la primera versión del actual PDSS, la población dominicana ha experimentado cambios demográficos significativos.

La Esperanza de Vida al Nacer, que para el quinquenio 1990-95 era alrededor de 65 años, al presente año 2018 ha sido estimada en 73.8 años, se prevé que para el año 2020 sería de 74.25 años. Así mismo, la Tasa de Fecundidad se ha reducido progresivamente hasta 2.3 por mujer en edad fértil en 2017 y se estima que para el 2020 será



La Esperanza de Vida al Nacer, que para el quinquenio 1990-95 era alrededor de 65 años, al presente año 2018 ha sido estimada en 73.8 años, se prevé que para el año 2020 sería de 74.25 años. Así mismo, la Tasa de Fecundidad se ha reducido progresivamente hasta 2.3 por mujer en edad fértil en 2017 y se estima que para el 2020 será

Health and Care Excellence (NICE). Inglaterra. TECNOLOGIA SANITARIA. Instituto de Medicina 017. Facultad de Medicina – Universidad de

Buenos Aires.

²¹ Consejo Nacional de Seguridad Social. Resolución No. 48-13 del 10 de octubre del 2002. Reglamento Sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud.

²² Ídem.



alrededor de 2.2. Esto ha significado que mientras entre el 2012 y el 2018 la población estimada de 60 años y más se incrementó en 159,053 personas (pasó del 8.9% al 9.96% de la población total), entre el 2018 y el 2025 se incrementará en 346,828 más y será el 12.6% de la población total. La edad media ha subido a 26.2 años en 2015 y sería 27.8 años en 2020. Se espera que estas tendencias continuarán en los próximos quinquenios.

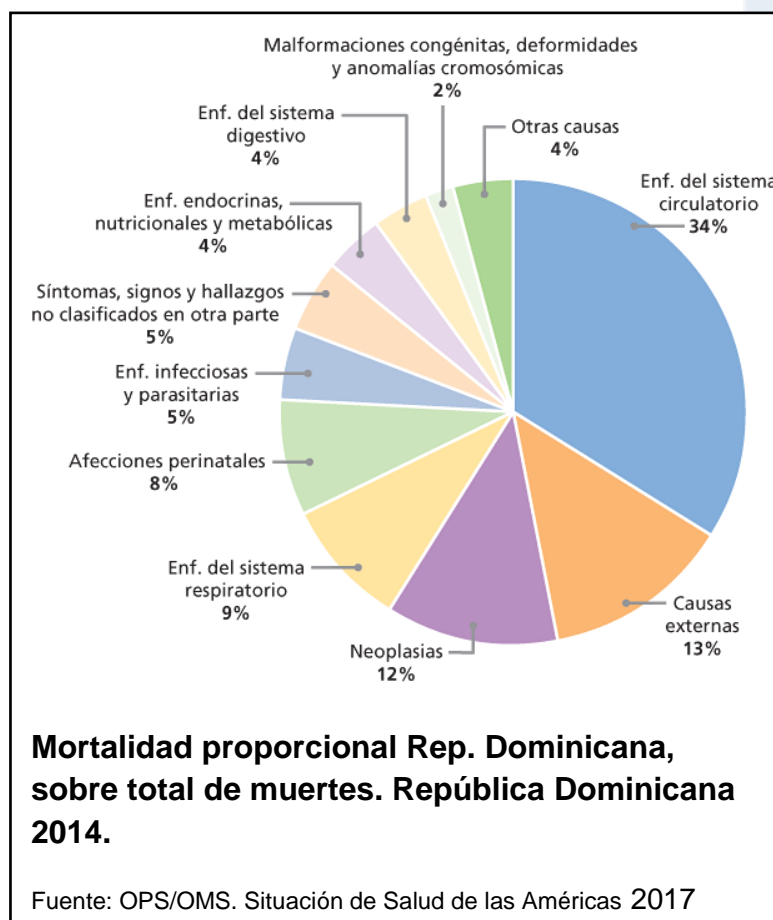
Simultáneamente, el 80% de la población se ha concentrado en los espacios urbanos, y el crecimiento sostenido de la economía a ritmos superiores a la mayoría de los países del continente se ha traducido en un incremento sin antecedentes en el parque vehicular y en el desplazamiento de afiliados a nivel urbano e interurbano, y en cambios en las condiciones de vida y el estilo de vida de los diversos sectores sociales.

Acompañando estos cambios demográficos, el perfil epidemiológico ha variado considerablemente.

La mayoría de las enfermedades transmisibles ha experimentado importantes reducciones tanto en su incidencia y prevalencia como en la mortalidad (93.5 muertes/ 100,000 hab.).

Las enfermedades prevenibles por vacunación, la República Dominicana ha eliminado la poliomielitis y la transmisión endémica del sarampión, y mantiene en control la tosferina, difteria, tétanos y enfermedades invasivas ocasionadas por *Haemophilus influenzae* tipo B y la hepatitis B.

Las enfermedades crónicas no solamente constituyen las más



frecuentes causas diagnosticadas de muertes por enfermedad (472.0/100,000 hab.), sino también representan el 65% de los Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP), el 83% de los Años de Vida con Discapacidad (AVD) y el 65% de los Años de Vida Saludable perdidos (AVISA)²³. Las lesiones por violencia (accidentes, homicidios y suicidios) igualmente se han constituido en uno de los más importantes componentes del perfil de necesidades y demandas de atención de salud (98.8 muertes/100,000 hab)²⁴.

²³ Ministerio de Salud Pública. Análisis de Situación de Salud 2014. Santo Domingo 2017.

²⁴ OPS/OMS.- Indicadores básicos de Salud 2017.



Aún persisten importantes desafíos en la salud materna (90/100,000 NV) e infantil (22/1000 NV), sobre todo neonatal (menores de 28 días de nacidos) y una baja lactancia materna; pero los padecimientos crónicos degenerativos (enfermedades del aparato circulatorio, neoplasias malignas, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes), y las lesiones por “causas externas” (sobre todo accidentes de tránsito y violencia), predominan en el perfil de necesidades de salud de la población.

La mayoría de estas enfermedades crónicas y degenerativas más relevantes en el perfil epidemiológico nacional, son prevenibles en una importante proporción mediante la reducción de los factores de riesgo, la detección temprana y el tratamiento oportuno, para los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo, sobre todo interviniendo a nivel familiar y en forma continuada a lo largo del ciclo de vida, lo cual constituye la Prevención Primaria a nivel de establecimientos de Primer Nivel de Atención. Así mismo, en la mayoría de los casos, su evolución puede ser favorablemente impactada por adecuados cuidados y atenciones de salud, siempre que sean accesibles sin barreras y con continuidad de las atenciones, procedimientos y medicamentos básicos, y se apliquen con rigor Protocolos o Guías Clínicas Basadas en Evidencias, lo cual constituye la Prevención Secundaria y Terciaria.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud y el desarrollo del Primer Nivel de Atención son la respuesta necesaria para que el Seguro Familiar de Salud logre mejor atención de estos problemas prioritarios, alcance un mayor y favorable impacto sobre el perfil de necesidades y problemas prioritarios de la población afiliada, y afronte los desafíos a su sostenibilidad financiera.

4.3. Necesidad de actualizar el PDSS y desarrollar la atención garantizada para problemas prioritarios de salud.

El Sistema Nacional de Salud, tanto en su componente público como el privado, ha experimentado muy importantes desarrollos en los últimos años. La magnitud de las inversiones y transformaciones acaecidas, ha conllevado la incorporación al país de numerosos nuevos procedimientos, medicamentos y otras tecnologías aplicadas a salud, disponibles a nivel internacional. Esta incorporación, sin embargo, no ha seguido una adecuada planificación que relacione su disponibilidad con las necesidades y posibilidades de la población, ni disponemos de evaluaciones nacionales sobre el costo efectividad y el costo beneficio de las mismas. Los costos de atención se han incrementado a un ritmo mayor que las disponibilidades financieras del Seguro Familiar de Salud y de las posibilidades de ajustar las tarifas y honorarios pagados a dicha evolución. Las principales consecuencias son la pérdida de valor del Plan Básico, la transferencia a los usuarios de cobros no previstos, con el consiguiente impacto sobre el “Gasto Familiar de Bolsillo” y creciente presión para la adquisición de Planes Complementarios, además de una creciente conflictividad.

El CNSS, consciente de la necesidad de una revisión y actualización integral del PDSS y de retomar las concepciones básicas establecidas en el marco legal y reglamentario acerca del Plan Básico de Salud, con el apoyo técnico y financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y bajo el seguimiento de la Comisión Permanente de Salud del CNSS, contó con la asesoría de la firma Consultora SANIGEST, empresa internacional, la cual presentó una amplia propuesta de reestructuración del Catálogo de Prestaciones. Según su informe final, esta propuesta podría ser desarrollada progresivamente, dependiendo de la



disponibilidad financiera. Incluyó, entre otros aspectos, la reorganización del Catálogo a partir del perfil de necesidades, la agrupación de procedimientos para favorecer nuevas modalidades de contratación y pago y un fuerte apoyo a la cobertura en el Primer Nivel de Atención y para la promoción y prevención de salud.²⁵

SANIGEST recomendó reformar sustancialmente el actual PDSS, avanzando de forma progresiva en la medida que se fortaleciera el conocimiento y las capacidades para evaluar tecnologías en salud, se desarrollaran los Protocolos y Guías Clínicas, se fortalecieran las regulaciones y diversificaran las formas de contratación de las PSS. Entre los pasos iniciales, considerados de alta prioridad por esta empresa, recomendó la inclusión en el PBS de un capítulo de “Coberturas Integrales Garantizadas”, para unas 12 enfermedades seleccionadas por el Ministerio de Salud Pública y respaldadas por participantes en los talleres de consulta interinstitucional realizados, para que permitiera progresivamente garantizar a los afiliados el acceso sin barreras a los servicios establecidos como necesarios en los protocolos y guías clínicas, y avanzar así en la adecuada atención de los problemas y necesidades prioritarias de salud en el país. En el informe de SANIGEST fue presentado así:

“La incorporación de esta sección al marco de referencia del Plan Básico de Salud nace de la necesidad referida por una amplia mayoría de los representantes de la seguridad social, quienes demandan avanzar aumentando gradualmente un conjunto de coberturas integrales garantizadas. Para ello SANIGEST propone la creación de un nuevo catálogo de prestaciones que junto al CGSS (Catálogo General de Servicios de Salud) conformarán el Plan Básico de Salud de República Dominicana. Este nuevo catálogo se construye a partir de un proceso de priorización de enfermedades o problemas de salud que deben ser atendidos por el sistema de salud dominicano. Así, cada una de las enfermedades seleccionadas será incorporada al llamado sistema de “Coberturas Integrales Garantizadas priorizadas por Enfermedades o problemas de Salud (CIGES)”.

Este nuevo sistema CIGES (Coberturas Integrales Garantizadas) es distinto al CGSS en los siguientes elementos: (1) adopta un sistema de protección financiera sin copago; (2) se construye como un listado de prestaciones integrales para la atención del problema de salud, incluyendo servicios para la sospecha y confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento; y (3) por tratarse de servicios específicos para el manejo de una patología dentro del sistema se entiende como una garantía de acceso y por lo tanto exigible por parte de los beneficiarios. Finalmente, se plantea como un sistema de cobertura universal, pero de implementación gradual. Esto quiere decir que la implementación del CIGES implica un compromiso de la autoridad sanitaria por incorporar progresivamente más enfermedades al sistema avanzado hacia la cobertura universal, pero al mismo tiempo asegurando su sostenibilidad financiera”²⁶.

²⁵ SANIGEST Internacional. Informe Final. Consultoría BID. 2006.

²⁶ SANIGEST Internacional. Informe: Análisis del Plan Básico de Salud. Santo Domingo. 2016



En la propuesta que ahora la SISALRIL presenta al CNSS se retoma esta idea de Cobertura Garantizada para problemas prioritarios de salud, no como un Catálogo separado, sino como un componente de la Atención Primaria de la Salud, como estrategia, y se expresa en un Subgrupo del Grupo 1, denominado Prevención Secundaria y Terciaria, en el Catálogo del PDSS, en coherencia con su carácter predominantemente preventivo de los daños y complicaciones consecuencia de los mismos (prevención secundaria y terciaria).

4.4. Responsabilidades.

Nuestro marco legal (Ley 87-01, Artículo 122) prohíbe la integración vertical. Las ARS no gestionan ni pueden poseer PSS públicos o privados (directa o indirectamente); les corresponde contratarlos, dentro de determinadas reglas establecidas, a fin de garantizar a los afiliados la cobertura de las prestaciones explicitadas en el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (PDSS), las cuales a su vez constituyen derechos de las personas afiliadas. Corresponde a las ARS gestionar los recursos asignados mediante un pago per cápita mensual asignado, para gestionar los riesgos y garantizar la cobertura de dichas prestaciones.

En un sistema de aseguramiento con predominio del subsidio a la demanda, como el de nuestro país, el contenido del Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (actual PDSS) y la regulación sobre las formas de contratación y pago de los PSS por parte de las ARS modulan el comportamiento del mercado de oferta de servicios públicos y privados, en coherencia con las prioridades y lineamientos estratégicos establecidos por el CNSS mediante Reglamentaciones y Resoluciones, y el Ministerio de Salud Pública mediante el Plan Decenal de Salud. El Seguro Familiar de Salud es un sistema público, establecido mediante la Ley 87-01, el cual se fundamenta en alianzas público/privadas e incorpora las dinámicas del mercado.

Considerando que el campo de la salud, desde la perspectiva del mercado, se caracteriza por grandes asimetrías de información y de poder, las directrices y regulaciones por parte del CNSS y de la SISALRIL, en nombre del Estado resultan esenciales para preservar los derechos de los afiliados a la protección social de su salud, para mantener los necesarios equilibrios entre los diferentes actores sociales involucrados, y preservar la sostenibilidad financiera.

Los instrumentos básicos para moderar la conformación y operación de las Redes de Servicios de las ARS, en el Seguro Familiar de Salud incluyen: a) El marco legal (Ley 87-01), b) los Reglamentos vigentes sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud; c) el Catálogo de Prestaciones del PDSS, aprobado por el CNSS, el cual define los contenidos explícitos de coberturas que constituyen derechos de los afiliados, las cuales deben ser garantizadas por las ARS, y sus reglas de acceso correspondientes formuladas por el CNSS y la SISALRIL; y d) las regulaciones sobre los Contratos o Acuerdos de Gestión entre las ARS y los PSS. Los mecanismos de monitoreo y evaluación, básicamente desarrolladas por la SISALRIL, constituyen un importante componente para la adecuada gestión y regulación del sistema.

Son atribuciones del Ministerio de Salud Pública definir las prioridades estratégicas del país en el campo de la salud, con sus correspondientes prioridades, definir el Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud, establecer y aplicar los requisitos y procedimientos para la habilitación de establecimientos y servicios, así como para la garantía de la calidad y de la



seguridad de los pacientes. Igualmente, la aprobación transitoria o definitiva de los Protocolos y autorizar las Guías de Atención Integral previstas en el Reglamento del Seguro Familiar de Salud y Plan Básico de Salud (Artículo 4. Numeral 4)²⁷.

La propuesta sobre Atención Primaria de Salud que presenta la SISALRIL a consideración del CNSS constituye una actualización del Catálogo de Prestaciones del PDSS en el Seguro Familiar de Salud. Con posterioridad a la aprobación de la misma, si el CNSS la acogiera, se requerirá actualizar las normativas y regulaciones sobre los Contratos o Acuerdos de Gestión entre las ARS y los PSS, por parte de la SISALRIL. Así mismo, el Ministerio de Salud Pública (MSP) podría considerar, en el marco de sus atribuciones, autorizar las Guías de Atención Integral correspondientes, así como los criterios y procesos de habilitación de los establecimientos y servicios.

El Catálogo de Prestaciones, desde los inicios del Seguro Familiar de Salud, ha incluido 12 Grupos de coberturas. En el Grupo 1 denominado Promoción y Prevención (P y P), desde entonces se ha establecido el conjunto de problemas y necesidades de salud que deben ser objeto prioritario de las coberturas e intervenciones de P y P las cuales, tal como lo establece el Reglamento del Seguro Familiar de Salud y del Plan Básico de Salud, deben ser garantizadas a los afiliados, sin copagos ni cuotas moderadoras, y sin períodos de carencia.

Este Grupo no ha incluido hasta ahora especificaciones sobre las prestaciones y atenciones que corresponden típicamente al Primer Nivel de Atención ni a las intervenciones de Prevención Primaria y Secundaria correspondientes a los problemas y necesidades identificadas como prioritarias. Cada ARS ha aplicado y concretado estos compromisos según variadas interpretaciones. Estas especificaciones y precisiones resultan indispensables para que las ARS estén en mejores condiciones para contratar establecimientos de Primer Nivel, como Puerta de Entrada a sus respectivas Redes de Servicios, y Servicios predominantemente preventivos basados en la atención continuada y protocolizada, que contribuyan a reducir la vulnerabilidad y los riesgos de complicaciones y daños irreversibles en los pacientes afiliados.

La presente propuesta al CNSS, en respuesta a su solicitud, aprovecha las ventajas que representa disponer en el Catálogo de Prestaciones del Grupo 1 denominado Promoción y Prevención, para agregar valor al Plan Básico del Seguro Familiar de Salud y promover una progresiva reestructuración de las Redes de PSS contratadas por las ARS organizados en diversos niveles de complejidad, como lo establece la Ley 87-01 (artículo 152), y avanzar en la dirección de un Modelo de Atención Integral, basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, definido por el Ministerio de Salud Pública.

²⁷ Consejo Nacional de Seguridad Social. REGLAMENTO SOBRE EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD Y EL PLAN BASICO DE SALUD. Resolución No. 48-13 del 10 de octubre del 2002



V. ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD Y FORMAS DE CONTRATACIÓN DE PSS.

5.1. Conceptos básicos sobre Atención Primaria de la Salud (APS) y Primer Nivel de Atención.

La *Atención Primaria de la Salud* fue aprobada por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, en el año 1978 como la *estrategia* para lograr las Metas de Salud Para Todos en el año 2000, es decir como una estrategia para fortalecer la capacidad de las sociedades para reducir las inequidades en salud. La llamada estrategia de APS renovada fue aprobada por los países miembros, en el marco de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud²⁸, y a nivel mundial en la Declaración de Astana²⁹, como la estrategia para alcanzar los objetivos y metas de Desarrollo Sostenible (Agenda 2030) en lo referente a salud, y el enfoque para la organización y prestación de servicios de salud más adecuado a las necesidades de las poblaciones. No se refiere a un nivel de atención sino al conjunto de las redes y sistemas de los mismos.

El concepto de Sistema de Salud basado en la estrategia de APS, en su objetivo máximo, se articula al derecho de las personas afiliadas a alcanzar el mayor nivel de salud posible, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema de servicios. Un sistema de salud basado en la estrategia de APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.³⁰

Este enfoque estratégico ha sido enriquecido por los aportes de la Declaración de Ottawa sobre la promoción de la Salud³¹, por la experiencia acumulada por los países en sus esfuerzos por aplicarla y por los acuerdos de los países en el marco de la OPS/OMS sobre la Renovación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud y, más recientemente, por las propuestas de Renovación de la APS.

La aplicación de la *estrategia de Atención Primaria de la Salud*, en el contexto del Seguro Familiar de Salud, si bien requiere como indispensable la disponibilidad y acceso a servicios del Primer Nivel de Atención con adecuada capacidad resolutoria, no corresponde a un nivel de atención o establecimiento en particular, sino al conjunto de coberturas, con énfasis en la promoción de la vida saludable y la prevención de las enfermedades y de sus complicaciones

²⁸ Organización de Naciones Unidas. Cumbre para el Desarrollo Sostenible. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York 2015,

²⁹ OMS/UNICEF. Declaración de Astana, Kasakhtan. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud. 25 y 26 de octubre 2018.

³⁰ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. - La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2007.

³¹ Organización Mundial de la Salud. - *Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*, Carta de Ottawa. 1986.



y daños severos, que corresponde brindar a los sistemas de salud en sus diferentes niveles de complejidad, considerando los conocimientos y tecnologías disponibles y adecuado a la sostenibilidad financiera de los sistemas. En esencia se refiere a organizar los servicios de salud en forma de redes articuladas por niveles de complejidad, con un énfasis en la promoción y prevención y la aplicación de protocolos y guías clínicas con base científica, incluye servicios con un enfoque predominantemente familiar e integral y con un fuerte compromiso con los resultados en términos de cobertura universal y reducción de las inequidades tanto en el perfil de necesidades de salud como en el acceso a los servicios de atención de la salud.

El Primer Nivel de Atención se refiere a establecimientos o conjunto de servicios que cumplen dos funciones principales: a) Puerta de entrada principal a las redes de servicios de salud. b) Prevención Primaria mediante una atención familiar integral, atendiendo a las necesidades y problemas prioritarios en cada momento del ciclo de vida, y la búsqueda proactiva de la identificación y control de factores de riesgo y el diagnóstico oportuno. Estas funciones mínimas obligatorias no excluyen que un establecimiento de Primer Nivel desarrolle mayores capacidades.

Un establecimiento, por lo tanto, podría desempeñar simultáneamente funciones de Primer Nivel de Atención (puerta de entrada y prevención primaria) y funciones de Prevención Secundaria y Terciaria mediante la atención integral continuada y garantizada para pacientes que han sido diagnosticados con los problemas priorizados (en esta propuesta Diabetes y/o Hipertensión), u otras patologías que progresivamente sean incluidas en esta modalidad, dependiendo de sus recursos de personal y complementarios, ya que estas funciones pueden desarrollarse en establecimientos de cualquier nivel de atención.

Un aspecto clave sobre la aplicación de la estrategia de Atención Primaria, es el acceso sin barreras a los servicios, medicamentos esenciales y procedimientos diagnósticos indispensables. Por lo tanto, no deben ser objeto de copagos no autorizados ni topes de cobertura ni períodos de carencia.

5.2. Contratación de PSS, modalidades de pago e instrumentos reguladores.

- a. La contratación de establecimientos o servicios de **Primer Nivel de Atención**, conllevaría el cumplimiento, por parte del Seguro Familiar de Salud, de las funciones básicas definidas en el Modelo de Atención aprobado por el Ministerio de Salud Pública, así como en el artículo 152 de la Ley 87-01 y en el Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud, particularmente en su Título I, Capítulo III (Plan Básico de Salud). Estas funciones son: Función de Puerta de Entrada a la Red de PSS contratada por la ARS correspondiente, y Función de Promoción y Prevención.

La función de Puerta de Entrada de los establecimientos de Primer Nivel de Atención contratados estaría definida por su cartera mínima de servicios, correspondiente a las coberturas explícitas en el Catálogo, y las formas de articulación con otros niveles de atención de la red de PSS, es decir los mecanismos y procedimientos mediante los cuales se realizan las referencias y contra referencias de pacientes; además, al desarrollo progresivo de un expediente clínico unificado. Por lo tanto, para los fines del Seguro Familiar de Salud, los instrumentos regulatorios correspondientes, además de



los contenidos específicos del PBS (PDSS), son las decisiones del CNSS y de la SISALRIL, sobre las reglas de acceso y sobre las modalidades de contratación y pago de los PSS, a fin de garantizar el adecuado flujo de los pacientes a las atenciones, con calidad y oportunidad requeridas, y un uso efectivo de los recursos del Seguro Familiar de Salud.

La función de Promoción y Prevención Primaria, en los establecimientos de Primer Nivel de Atención, se establece mediante el modelo de prestación de servicios que se les contrata y la forma como se paga los servicios contratados. Este modelo y los servicios contratados, como ha sido señalado, deben tener enfoque familiar y por ciclo de vida, con énfasis en la búsqueda, detección temprana, y la atención integral de primer nivel con tratamiento oportuno, de los problemas y necesidades prioritarios de salud en cada momento de la vida, con base en atenciones programadas y no programadas. Además, debe incluir la atención de primer nivel para urgencias y emergencias.

La adscripción de familias a un establecimiento o servicios de Primer Nivel de Atención debe tener carácter de obligatoriedad para todo afiliado en el Seguro Familiar de Salud.

En el Régimen Subsidiado el criterio de adscripción debe continuar siendo básicamente territorial, considerando las delimitaciones establecidas por el Servicio Nacional de Salud, aun cuando debe protegerse el derecho de traslado a otro PSS de la Red Pública, cuando existan razones justificadas.

Las adscripciones en el Régimen Contributivo deberán respetar el derecho a libre elección del PSS por el afiliado principal, dentro de aquellos establecimientos o servicios de Primer Nivel contratados por la ARS. Igualmente, el derecho de trasladarse a otro Prestador, de acuerdo a reglas que definan los períodos correspondientes.

En todo caso, la responsabilidad de adscribir sus filiados a establecimientos o servicios de Primer Nivel corresponde a la ARS. Debe establecerse por tanto un período límite para que el afiliado principal seleccione el PSS de Primer Nivel de su preferencia y trascurrido dicho período, la ARS deberá garantizar la adscripción, sin menoscabo del derecho del afiliado a solicitar traslado de acuerdo con las reglas que se establezcan.

La contratación de estos establecimientos o conjunto de servicios de Primer Nivel de Atención, en el Régimen Contributivo, deberá incorporar tarifas por familia adscrita con pago predominantemente capitado, con la responsabilidad de brindar a las personas y familias afiliadas que le sean adscritas las coberturas especificadas como de primer nivel en el Catálogo del Plan Básico de Salud (actualmente PDSS), además de estar vinculada a incentivos por la producción (número de prestaciones) y resultados (indicadores de calidad e impacto), que promuevan el buen desempeño y resultados. En el Régimen Subsidiado convendría mantener la posibilidad de otras opciones mutuamente convenientes para el SeNaSa y el Servicio Nacional de Salud, siempre que se garantice las coberturas de Primer Nivel.

Las ARS, en cualquiera de los regímenes de financiamiento, deben garantizar a los afiliados la totalidad de las coberturas incorporadas en el Catálogo correspondientes al



Primer Nivel, mediante la contratación de PSS de Primer Nivel. Las coberturas propuestas incluyen las atenciones definidas como Programas y como cartera mínima de servicios de Primer Nivel, por el Ministerio de Salud Pública; y adicionalmente. Sin embargo, incluyen otras prestaciones que de acuerdo con la experiencia nacional o internacional se consideran necesarias para el mejor cumplimiento de las funciones de Primer Nivel de Atención. Sobre todo, para fortalecer la Promoción y Prevención de Primer Nivel, en cada momento del ciclo de vida.

Para fortalecer la contratación de establecimientos y servicios de Primer Nivel de Atención que cumplan las dos funciones básicas descritas en la Red de PSS de cada ARS, se propone revisar y actualizar los contenidos del Catálogo, sobre todo en el Grupo 1 correspondiente a Promoción y Prevención. Posteriormente, se deberá actualizar las normativas y regulaciones complementarias por la SISALRIL sobre los Acuerdos o Contratos de Gestión entre las ARS y los PSS (Ley 87-01, Artículo 172).

- b. La contratación de los servicios especializados ambulatorios de Prevención Secundaria y Terciaria mediante la Atención Continuada y Garantizada, para la Diabetes y/o la Hipertensión Arterial, como ya se ha señalado, se fundamenta en el conjunto de atenciones establecidas en las Guías de Prevención y Protocolos aprobados por el Ministerio de Salud Pública, e incluidas en el Catálogo del PDSS modificado por la presente propuesta, las cuales serán garantizadas a los pacientes afiliados diagnosticados con las enfermedades consideradas de mayor prioridad (se propone comenzar con Hipertensión Arterial y/o Diabetes), a fin de reducir sus vulnerabilidades y riesgos, que dichas enfermedades progresen hacia estadios avanzados con daños irreversibles y alto costo. Estas contrataciones se deben hacer predominantemente capitadas por paciente registrado y sus modalidades de pago, además de la capitación, deben incluir incentivos por la producción y resultados, que promuevan el buen desempeño.

Estos servicios ambulatorios especializados de Prevención Secundaria y Terciaria mediante la Atención Continuada y Garantizada podrán ser ofertados y contratados en establecimientos de cualquier nivel de complejidad, siempre que hayan sido contratados para garantizar el acceso a las prestaciones establecidas en las Guías de Prevención y a los protocolos correspondientes, a nivel ambulatorio, incorporadas en el Catálogo del Plan Básico de Salud (PDSS), sin barreras de financiamiento ni topes.

Para promover la contratación e incorporación de Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria para Diabetes y/o Hipertensión Arterial, en las redes de PSS de las ARS, se propone que las prestaciones correspondientes sean incluidas y especificadas en el Catálogo de Prestaciones del PDSS, en el Grupo Uno, como un Subgrupo específico. Posteriormente se deberá adecuar las regulaciones sobre los Contratos o Acuerdos de Gestión entre las ARS y los PSS, por parte de la SISALRIL.

El registro de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial y/o Diabetes en estos servicios de prevención secundaria y terciaria debe tener carácter voluntario e



SISALRIL
**Superintendencia de Salud
y Riesgos Laborales**
"Tu protección es nuestra Misión"

igualmente respetar el derecho de libre elección, por parte de los afiliados, entre los PSS contratados para brindar este tipo de servicios.



VI. CONTENIDOS DE LA PROPUESTA SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y SU INCLUSIÓN EN EL CATALOGO DEL PLAN BASICO DE SALUD (PDSS).

El Catálogo vigente del Plan Básico de Salud (actual PDSS), se organiza en 12 Grupos de prestaciones, la mayoría de ellos (con excepción del Grupo 1) incluyen predominantemente procedimientos y medicamentos, seleccionados con base en un criterio de atención a la demanda espontánea de servicios. El Grupo 1, denominado Prevención y Promoción, incluye coberturas que corresponden a los principales programas de Salud Pública ante problemas y necesidades prioritarias de la población y, para evitar barreras de acceso, está previsto que para dichas coberturas no se establece cuotas moderadoras, copagos, ni tiempos de carencia (períodos mínimos de cotización) de acuerdo con los artículos siete (7), treinta (30) y treinta y dos (32) del Reglamento del Seguro Familiar de Salud y Plan Básico de Salud.³²

Actualmente, la cartera del Grupo 1 del Catálogo consta de 13 Subgrupos, un total de 106 beneficios (*descripción de la cobertura*), con un alto componente de atención materno e infantil, enfermedades infecciosas y de atención a la demanda espontánea. De esta manera se ha intentado dar respuesta a las necesidades de salud de los usuarios desde el Primer Nivel de Atención bajo el enfoque de Atención Primaria. Sin embargo, como ya se ha señalado, por razones diversas, no se ha generado un desarrollo significativo de la incorporación de establecimientos de Primer Nivel de Atención, ni en la organización de redes de PSS según niveles de complejidad, ni un fortalecimiento significativo de las intervenciones de Promoción y la Prevención. En la práctica, estas coberturas han sido interpretadas y aplicadas de forma diversa, en muchos casos con énfasis restaurativo más que preventivo, sin adecuada articulación de servicios en redes según su complejidad. El impacto de este tipo de coberturas sobre el perfil epidemiológico de necesidades y problemas de salud, y sobre el Gasto Familiar de Bolsillo ha sido limitado.

Se propone una reorganización **del Grupo 1** del Catálogo de Prestaciones del PDSS, para incluir de forma explícita las prestaciones que corresponden al Primer Nivel y a coberturas de Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria, que puedan ser brindados por establecimientos y servicios de cualquier nivel de complejidad.

Los primeros, correspondientes a servicios de Primer Nivel, se propone incluyan esencialmente acciones de promoción y prevención primaria y secundaria, mediante atenciones programadas y no programadas, según ciclo de vida, además de atenciones de primer nivel para la demanda espontánea no programada y atenciones de primer nivel para urgencias y emergencias.

La adscripción de todos los afiliados del Seguro Familiar de Salud a establecimientos o servicios de Primer Nivel, se asume como obligatoria, mientras que el registro de los

³² Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud. Aprobado por el CNSS mediante Resolución 48-13 del 10 octubre 2002 y promulgado mediante Decreto 74-03 del 31 de enero 2003.



pacientes de Hipertensión Arterial y/o de Diabetes en los Servicios de prevención Secundaria y Terciaria se asume como voluntaria.

Las prestaciones de Prevención Secundaria y Terciaria se propone que se refieran a la Atención Continuada Garantizada de afiliados con Diabetes y/o Hipertensión Arterial, a fin de prevenir el progreso de estas enfermedades y sus consecuentes complicaciones y daños severos irreversibles. Estas coberturas, corresponden a Protocolos y Guías clínicas integrales, oficializadas por el Ministerio de Salud Pública. Este componente, inicialmente limitado a pacientes con Hipertensión Arterial y/o Diabetes, debe considerado como un paso inicial que podría ser ampliado progresivamente, para incluir otras patologías priorizadas, en la medida que se acumule experiencia y según la disponibilidad de recursos.

Con la finalidad de asegurar una transición progresiva de las atenciones contratadas con la actual estructura del Grupo 1 hacia la nueva estructura propuesta, se propone incluir una disposición transitoria que permitirá mantener las actuales iniciativas contratadas, en forma temporal, en un Subgrupo específico, mientras serían progresivamente substituidas por la nueva estructura de prestaciones.

Por lo tanto, se propone que el Grupo 1 del actual Catálogo de Prestaciones del PBS (PDSS), cambie su actual denominación y pase a ser denominado Atención Primaria, Promoción y Prevención, y que su contenido sea reformulado para que lo conformen tres subgrupos:

Grupo 1. Atención Primaria, Promoción y Prevención.

Subgrupo 1.1: Coberturas de Primer Nivel de Atención.

Subgrupo 1.2: Coberturas de Prevención Secundaria y Terciaria mediante la Atención Continuada.

Subgrupo 1.3: Otras Prestaciones de Promoción y Prevención (transitorio)

6.1. Subgrupo 1.1 Cartera de coberturas garantizadas en el Primer Nivel de Atención

Se propone incorporar en este Subgrupo un enfoque de coberturas de prestaciones de atención integral garantizada para cada grupo según el ciclo de vida, y sentar así las bases para que en la normativa sobre los Contratos (acuerdos) de Gestión entre las ARS y los PSS (una vez revisadas las normativas vigentes por la SISALRIL) se pueda especificar que dicha atención integral incluye: información, educación y comunicación en salud para la promoción de la vida saludable, cuidados profesionales y auxiliares según la edad y condición de salud, y la reducción de factores de riesgo de enfermedades crónicas y de los problemas de salud más prevalentes en cada etapa del vida, atención médica y de enfermería programada y no programada, atención médica domiciliaria, visitas domiciliarias por personal profesional y técnico según la edad, inmunizaciones y productos biológicos, búsqueda activa, detección y diagnóstico oportuno de los factores de riesgo y problemas priorizados, medicamentos, pruebas y procedimientos diagnósticos, atención odontológica y psicológica básicas, traslado



terrestre a otros servicios en situaciones de emergencia y otras especificadas en el Anexo A que forma parte de la presente propuesta.

Todas las actividades, dirigidas a los afiliados y a las familias, bajo un enfoque integral, proactivo (búsqueda activa y diagnóstico oportuno), familiar y de contenido biopsicosocial, deberán ser prestadas por equipos interdisciplinarios que, además de las atenciones en la sede se proyectan al núcleo familiar.

La actual cartera de prestaciones y servicios es así redefinida y especificada, conservando las existentes, y agregando las que no han estado incluidas, asegurando una denominación que corresponde mejor al propósito de esta Grupo de P y P actual del Catálogo.

Atención integral por ciclo de vida.

El Subgrupo **1.1. Coberturas de Primer Nivel de Atención**, se propone reorganizarlo de la siguiente manera:

- 1.1.1. Atención Integral de niños y niñas de 0-28 días**
- 1.1.2. Atención Integral de niños y niñas de 29 días a 11 meses 29 días**
- 1.1.3. Atención Integral de niños y niñas de 1 a 4 años 11 meses y 29 días**
- 1.1.4. Atención Integral de niños y niñas de 5 a 9 años 11 meses y 29 días**
- 1.1.5. Atención Integral a la población de 10 a 19 años 11 meses y 29 días**
- 1.1.6. Atención Integral a la población de 20 a 64 años 11 meses y 29 días**
- 1.1.7. Atención Integral a la población de 65 años y más**

En el Catálogo se especifica y se incorporan los procedimientos y servicios que corresponden al Primer Nivel de Atención y que no han estado incluidos hasta ahora en el Catálogo de Prestaciones (Anexo 2A). De esta manera, el Catálogo habrá incorporado todas las coberturas necesarias para que se garantice a cada miembro del Núcleo Familiar las atenciones establecidas por los protocolos de atención integral aprobados por el Ministerio de Salud Pública y otras que se ha considerado necesarias, que sean aprobadas por el CNSS.

Esto permitirá contratar y pagar a los PSS en forma capitada, y vincular progresivamente los mismos a la composición de los núcleos familiares que se adscriban al establecimiento y servicios de Primer Nivel, e incorporar formas adicionales de pago como incentivos al buen desempeño y resultados, basados en indicadores de monitoreo. Estos indicadores deberán incluir como mínimo los que sean establecidos por la SISALRIL en coordinación con el Ministerio de Salud Pública.

El Catálogo del PDSS del Seguro Familiar de Salud está conformado por coberturas explícitas, las cuales deben ser garantizadas por las ARS a los afiliados y afiliadas, mediante la contratación de una red de Prestadores de Servicios de Salud y un Sistema de Referencias y Contra Referencias (Artículo 152. Ley 87-01).

La propuesta de coberturas de Primer Nivel de Atención supone contrataciones que propician una importante capacidad resolutoria en los establecimientos y servicios de Primer Nivel incorporando cobertura para prestaciones propias de cada grupo de edad, en atención a los



problemas que pretende prevenir y controlar en cada ciclo de vida y en respuesta a cada programa en particular definido por el Ministerio de Salud Pública.

Dicho Catálogo quedaría constituido por 383 coberturas clasificadas según sexo y grupo de edad de la población afiliada a la que son dirigidas. Comprende 198 procedimientos, 34 vacunas y 151 medicamentos.

De las 383 coberturas costeadas, 294 se encuentran actualmente incluidas en el PDSS y se propone agregar al catálogo las 89 restantes, todas para ser otorgadas en el Grupo 1.

La priorización de las coberturas a ser incluidas en esta iniciativa, la revisión y selección de las guías clínicas y protocolos que mejor evidencia científica muestran para la detección temprana, el diagnóstico y tratamiento, han sido definidas en comunicación con los espacios técnicos correspondientes del Ministerio de Salud Pública y considerando las mejores experiencias nacionales e internacionales. De igual modo, se crearon espacios de consultas preliminares en torno a las posibles guías clínicas y protocolos con Sociedades Médicas Especializadas, así como con expertos profesionales independientes.

Se levantó información de la cartera actual de servicios de establecimientos de Primer Nivel del sector público y privado, estructura, distribución, ordenación y actualización a propósito de los estándares esperados. También se adicionan en el análisis, la pertinencia de las coberturas de acuerdo con el sexo y la edad de la población.

Atención de primer nivel para urgencias y emergencias.

Lo concerniente a la atención de primer nivel para urgencias y emergencias, se considera cubierto por las consultas y procedimientos ya contemplados en el actual Catálogo, como consultas de urgencia y emergencia diurnas, nocturnas y odontológicas.

Referencias y Contra Referencias.

Una de las funciones clave de los establecimientos y servicios de Primer Nivel de Atención es constituir, junto con los servicios de emergencias en otros niveles, una de las Puertas de Entrada a la Red de PSS. Esta función requiere que los PSS sean organizados en forma de red por niveles de complejidad y la existencia de un Sistema de Referencias, tal como lo establece el marco legal.

De acuerdo con la Ley 87-01(Artículo 152), los PSS contratados por cada ARS deben ser organizados en forma de red según nivel de complejidad y la ARS debe contar con un Sistema de Referencia entre los niveles, a fin de garantizar el flujo de pacientes en forma ordenada, reducir la duplicidad de servicio, contribuir a elevar la calidad de las atenciones y garantizar el acceso oportuno de los pacientes referidos a los servicios de niveles especializados sin barreras de índole económica. Por tanto, resulta necesario que el CNSS instruya a la SISALRIL para que, en coordinación con el Ministerio de Salud, defina las normativas correspondientes.

El otro instrumento clave para el adecuado funcionamiento de los mecanismos de referencia y contra referencia, entre el Primer Nivel de Atención y otros niveles de la Red de PSS de las



ARS/SeNaSa, es el Expediente Clínico Único Integral Electrónico. Este instrumento sería objeto de resoluciones posteriores, una vez el Ministerio de Salud Pública concluya los actuales esfuerzos que realiza en esta dirección, y haya emitido la Resolución correspondiente. Sin embargo, no debe asumirse como un requisito previo a las modificaciones en el Grupo 1 del Catálogo que se proponen.

Coberturas explícitas incluidas.

Las coberturas incluidas en este Subgrupo 1.1 como Atención Integral de Primer Nivel por ciclo de vida serán garantizadas sin copagos, sin cuota moderadora fija o variable, y sin límite de cobertura, incluyendo los procedimientos y estudios complementarios y los medicamentos incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales aprobado por el Ministerio de Salud Pública, identificados para el Primer Nivel, que están incluidos en el Catálogo del PBS (PDSS). Los medicamentos que estén el Cuadro Básico de Medicamentos y que no estén señalados para Primer Nivel de Atención en el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales del Ministerio de Salud Pública, serían cubiertos con cargo al Grupo 12 de Medicamentos de uso ambulatorio y en las condiciones de acceso establecidas para dicho Grupo 12.

6.2. Subgrupo 1.2. Cartera de coberturas de los servicios de Prevención Secundaria y Terciaria

Como ya fue señalado antes, la Prevención Primaria, básicamente aplicada en establecimientos y servicios de Primer Nivel de Atención, mediante atenciones programadas y no programadas, búsqueda activa e identificación oportuna de factores de riesgo y su reducción y control, para reducir o detectar tempranamente la incidencia de nuevos casos de las enfermedades y necesidades de salud más prevalentes en cada grupo del Ciclo de Vida, y por lo tanto requiere un abordaje familiar y de búsqueda activa, y la adscripción debe ser obligatoria para toda persona afiliada al Seguro Familiar de Salud.

La Prevención Secundaria y Terciaria en cambio, corresponde a equipos especializados cuya sede pueden ser establecimientos de cualquier nivel de complejidad. Se realiza mediante la atención ambulatoria continuada, aplicando rigurosamente Protocolos y Guías Clínicas. Se orienta a reducir la probabilidad que un afiliado con una determinada patología se agrave, o evolucione y desarrolle complicaciones y lesiones irreversibles que comprometan la calidad de su vida y conlleven muy elevados costos para la familia.

La evidencia tanto nacional como internacional muestra que tanto la Hipertensión Arterial como la Diabetes, pueden ser impactadas favorablemente en su evolución mediante la aplicación de adecuadas intervenciones de equipos multidisciplinarios de salud que propicien un seguimiento periódico, la detección oportuna de factores de vulnerabilidad y riesgos, y acceso sin barreras a los exámenes, procedimientos y medicamentos necesarios, siempre que se aplique con disciplina y rigurosidad los Protocolos y Guías de Atención Integral



correspondientes y se establezca una adecuada adhesión de los pacientes³³. Fortalecer esta adhesión mediante un manejo en equipo multidisciplinario resulta fundamental, de acuerdo con la evidencia existente tanto en el contexto latinoamericano como en países desarrollados, para obtener adecuados resultados de prevención de las complicaciones en estas enfermedades^{34, 35, 36, 37}.

Aun cuando el enfoque de Prevención Secundaria y Terciaria, como parte de una Estrategia de Atención Primaria también ha mostrado ser de utilidad para otras patologías crónicas, se ha considerado prioritario iniciar la contratación de este tipo de servicios para los pacientes con Diabetes y/o Hipertensión Arterial considerando su elevada frecuencia y su potencial impacto en el perfil de salud y el gasto de las familias afiliadas si se reduce sus complicaciones. De acuerdo con la información disponible, alrededor del 30 % de la población de 18 años y más de edad en República Dominicana padece de Hipertensión Arterial y al menos el 11 % de Diabetes.

Para establecer las coberturas explícitas correspondientes a este Subgrupo 1.2, se requirió comunicación con varias dependencias del Ministerio de Salud Pública, para la priorización de los problemas a ser incluidos en esta iniciativa, la revisión y selección de las guías clínicas y protocolos que mejor evidencia científica muestran para la detección temprana, el diagnóstico y tratamiento, los mecanismos instaurados por el Ministerio para las compras conjuntas de medicamentos, lo relacionado con la evaluación de tecnologías y su aprobación.

Las coberturas identificadas para la detección temprana y diagnóstico inicial fueron incluidas en el Subgrupo correspondiente al Primer Nivel de Atención (Subgrupo 1.1) y las correspondientes a la Atención Integral para su tratamiento y seguimiento conforman el catálogo de coberturas del Subgrupo 1.2.

³³ A. Coca Payeras.- Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003 Blood Pressure Control Among Treated Hypertensive Patients By Primary Care In Spain. The 2003 Controlpres Study. *Hipertensión*, Volume 22, Issue 4, May 2005, Pages 172

³⁴ Holguín Lyda, Correa Diego, Arrivillaga Marcela, Cáceres Delcy, Varela María.- Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 5 (3): 535-547, octubre-diciembre de 2006

³⁵ Fleischmann, E. H., Friedrich, A., Danzer, E., Gallert, K., Walter, H. & Schmieder, R. E. (2004).- Intensive training of patients with hypertension is effective in modifying lifestyle risk factors. *Journal of Human Hypertension*, 18, 12.2004.

³⁶ T. Gijón-Conde, M. Gorostidi, M. Camafort, M. Abad-Cardie, E. Martín-Riobofo, F. Morales-Olivas, E. Vinyoles, P. Armario, J.R. Banegas, A. Cocad, A. de la Sierraj, N. Martell-Clarose, J. Redón, L.M. Ruilope, M. y J. Segura.- Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial.
<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.001>

³⁷ 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA.- Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults.



De igual modo, se crearon espacios de discusión y consenso en torno a las guías clínicas y protocolos con Sociedades Médicas Especializadas del Colegio Médico Dominicano (CMD), así como con profesionales independientes. En particular especialistas en Medicina Familiar, Cardiología, Medicina Interna, Endocrinología, Salud Pública y Epidemiología, entre otros, y se revisó las recomendaciones norteamericanas y europeas.

Se levantó información sobre la cartera de servicios del sector público y privado, estructura, distribución, ordenación y actualización a propósito de los estándares esperados para la atención integral de las patologías priorizadas y a ser intervenidas desde la Atención Primaria, tanto en el Primer Nivel como en la Prevención Secundaria.

En el Anexo 2B, que forma parte de esta propuesta, se detallan las coberturas consideradas necesarias para la adecuada aplicación de Protocolos y Guías de Prevención Secundaria y Terciaria de estas patologías. En total se ha identificado 114 coberturas específicas que conformarían el conjunto de prestaciones garantizadas para pacientes con Hipertensión Arterial y/o Diabetes. De ellas, 93 ya se encuentran en el actual Catálogo del PDSS y 21 son propuestas para nueva inclusión. Para los fines de costeo son 146 coberturas, debido a que cuando una cobertura debe ser aplicada tanto para Hipertensos como para Diabéticos, debió costearse por separado para cada uno de estos segmentos de población.

Los medicamentos incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales aprobado por el Ministerio de Salud Pública, que sean prescritos a pacientes inscritos en los Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria, contratados como parte de la red de una ARS, formen parte del Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (PDSS), y que estén incluidos en las Guías Clínicas para la Prevención Secundaria y Terciaria de la Diabetes y/o de la Hipertensión Arterial autorizadas por el Ministerio de Salud Pública, deberán ser dispensados sin copagos, con cargo a la cobertura del Grupo 1 de dicho Catálogo. Dichos medicamentos deberán ser prescritos utilizando el nombre del Principio Activo (nomenclatura internacional), aunque adicionalmente pueda indicarse o no la marca comercial preferida por el médico prescriptor, siempre que no se omita el principio activo (nomenclatura internacional). Estos medicamentos serán garantizados en forma continua según el criterio del médico tratante. Otros medicamentos que fueran prescritos, que no cumplan las especificaciones señaladas, si están incluidos en el Catálogo del PBS (PDSS) no serán cubiertos con cargo al Grupo 1 sino con cargo al otro Grupo que corresponda en dicho catálogo.

Los exámenes y procedimientos complementarios incluidos en los Protocolos y Guías de Atención Integral para la Prevención Secundaria y Terciaria autorizadas por el Ministerio de Salud Pública, que estén incorporados al Catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud (actual PDSS), serán dispensados con cargo al Grupo 1 de dicho Catálogo para los pacientes que sean adscritos a dichos Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria contratados, sin copagos. Los otros procedimientos y exámenes incluidos en el Catálogo, que sean prescritos por estos Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria, pero no estén contemplados en las Guías de Atención Integral para la Prevención Secundaria y Terciaria correspondientes, serán cubiertos por el Grupo del Catálogo en el cual estén especificados.



6.3. Sobre la dispensación de Medicamentos prescritos en el Primer Nivel de Atención y Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria

El Reglamento de Prescripción y Dispensación de Medicamentos Ambulatorios en el Sistema Dominicano de Seguridad Social³⁸, establece en su Artículo 8° que “la dispensación de medicamentos, en el Sistema Dominicano de Seguridad Social, corresponderá únicamente a las Farmacias legalmente autorizadas y habilitadas de conformidad a lo establecido en la Ley General de Salud No. 42-01 y el Reglamento de Medicamentos del MISPAS”.

El escenario de gestión, financiamiento y contratación de las Farmacias para la dispensación de medicamentos de Primer Nivel y Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria sería a través de las ARS/SENASA, tal como se realiza hoy en día, o bien a través del PSS responsable de garantizar las coberturas, en dependencia de los términos de la contratación.

En la primera modalidad, las ARS continuarán con el proceso de autorización y pago a las Farmacias por los medicamentos correspondientes al Primer Nivel de Atención y al tratamiento de la Hipertensión Arterial y/o Diabetes, garantizando que los mismos sean entregados sin copagos y sin límites de cobertura. En el segundo, el per cápita estimado para medicamentos sería transferido por la ARS al PSS correspondiente y este establecerá los mecanismos de contratación de farmacias para la dispensación.

Es importante que se reitere la obligatoriedad de prescribir con la denominación internacional (principio activo), tal como está registrada la cobertura de medicamentos en el Catálogo del PDSS, aun cuando se mantenga la posibilidad que el médico prescriptor pueda indicar entre paréntesis el nombre comercial de su preferencia siempre que no se omita la denominación internacional.

Las ARS serán responsables de garantizar que sus afiliados tengan acceso a los medicamentos correspondientes.

6.4. Fondo para Programas Especiales de Salud Pública

El Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud³⁹, en su artículo 5, Párrafos I y II, establece:

PÁRRAFO I: *Para los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social, las acciones individuales de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, tales como SIDA, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, lepra, cólera, enfermedades tropicales como la malaria, leishmaniasis, filariasis y dengue, serán responsabilidad de la A.R.S./S.N.S. respectiva y se financiarán con cargo al per cápita reconocido a las A.R.S./S.N.S. por cada afiliado.*

³⁸ Promulgado mediante el Decreto del Poder Ejecutivo No. 665-12

³⁹ Aprobado por el CNSS mediante la Resolución 48-13 de fecha 10 de octubre 2002.



PÁRRAFO II: *La provisión de las vacunas objeto del P.A.I. y los medicamentos para la tuberculosis y lepra seguirán siendo responsabilidad de la SESPAS la que se encargará de garantizar el abastecimiento y la proveerá al Sistema Dominicano de Seguridad Social, al costo, a través de los mecanismos y procedimientos que la SESPAS establezca. La adquisición y aplicación de las vacunas, así como el suministro de medicamentos a los pacientes estará a cargo de la ARS en la Que se encuentre afiliado.*

Para dar cumplimiento a estas disposiciones, la propuesta incorpora los tratamientos correspondientes a las patologías explícitamente señaladas en el Reglamento, así como la adquisición y aplicación de las vacunas proveídas por el Ministerio de Salud Pública, como parte de las Prestaciones de Primer Nivel de Atención.

En virtud de que la provisión de las vacunas objeto del P.A.I., y los medicamentos para estas enfermedades continuarán siendo responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, según lo establece el Párrafo II de dicho artículo, el cual deberá garantizar el abastecimiento y proveerlos al costo, a través de los mecanismos y procedimientos que este establezca, se propone la creación de un Fondo para Programas Especiales de Salud Pública, de manera inicial para el Programa Ampliado de Inmunizaciones y el Programa de Control de la Tuberculosis, a través del cual la TSS, mensualmente transferirá el per cápita correspondiente a las vacunas y a los medicamentos contemplados en dichos programas para el Primer Nivel de Atención al Ministerio de Salud para la compra conjunta, gestión administrativa, suministro de biológicos y medicamentos a los establecimientos de Primer Nivel.

Los establecimientos de Primer Nivel de Atención, una vez caracterizada y conocida su población en edad de vacunación, deberán planificar sus requerimientos de vacunas según edad y calendario de vacunación, y solicitar al Ministerio de Salud, a través de los mecanismos que se éste establezca, las vacunas necesarias para cumplir con el Programa.

El per cápita destinado para el pago a los Prestadores de Primer Nivel de Atención incluye el pago correspondiente a la conservación y la aplicación de los biológicos.

En el caso de los medicamentos para el control de la Tuberculosis, los Prestadores de Servicios de Salud, una vez identificados los casos sospechosos, deberán notificar al Ministerio de Salud, a través de las vías correspondientes, y ante la confirmación de casos coordinar con este para el suministro del tratamiento, búsqueda de contactos y seguimiento de pacientes.

El Ministerio de Salud Pública será responsable de garantizar el adecuado abastecimiento de vacunas y de medicamentos para el control de la Tuberculosis en el Primer Nivel de Atención.

Esta propuesta facilita reducir las probabilidades de objeciones o glosas sobre estas prestaciones que corresponden a políticas públicas de alta prioridad.



VII. ESTIMACIÓN DEL PER CÁPITA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA.

Con el propósito de evidenciar al honorable CNSS la factibilidad financiera de la propuesta, se ha realizado una aproximación al impacto de la misma sobre el per cápita actual del Régimen Contributivo, asumiendo que la propuesta de modificación del actual Catálogo del PBS (actual PDSS) sea aprobada en su totalidad.

La estructura de costos en el Régimen Subsidiado es diferente, debido a que la Red Única del Servicio Nacional de Salud combina aportes por la vía del Sistema Dominicano de Seguridad Social (subsidio a la demanda) con aportes por vía presupuestaria nacional (subsidios a la oferta) tales como el pago de personal, asignaciones monetarias fijas y otras, además de mecanismos diferentes de acceso a insumos básicos, como por ejemplo el PROMESE/CAL en el campo de medicamentos esenciales, compras internacionales centralizadas de medicamentos de muy alto costo y otras. Por lo tanto, la estimación del impacto sobre el Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado será realizada una vez que el CNSS adopte las decisiones sobre el Catálogo, ya que el mismo es único y común para todos los Regímenes.

El cuadro siguiente resume la estimación del per cápita adicional requerido para el Régimen Contributivo, considerando las atenciones de Primer Nivel, y las correspondientes a Servicios de prevención Secundaria y Terciaria, en ambos casos absorbiendo los copagos actuales establecidos por el CNSS, los medicamentos esenciales y los exámenes complementarios de laboratorio, sin techo y sin periodo de carencia. También se ha incluido los gastos administrativos estimados en 10% del per cápita e incentivos para los PSS de hasta 10%, vinculados al buen desempeño y cumplimiento de metas y resultados. En total, se requiere un incremento per cápita de RD\$ 128.32 mensuales, de los cuales RD\$ 71.46 corresponden a coberturas del Primer Nivel y RD\$ 56.86 a coberturas de Prevención Secundaria y Terciaria.

En el Anexo 1, el cual forma parte de esta propuesta, se detalla los procedimientos empleados para alcanzar estas estimaciones.

Estas estimaciones deberán ser ajustadas, una vez que el honorable CNSS adopte decisiones sobre el Catálogo de coberturas vinculadas a la aplicación de la estrategia de Atención Primaria de Salud en el Seguro Familiar de Salud.



República Dominicana: Per cápita por Nivel de Atención con Incentivos sobre el Per Cápita Requerido en procedimientos y con 10% de GA del Per Cápita Requerido Total.

Cobertura según Nivel de Atención y Programa	Per Cápita total Requerido	Per Cápita Requerido Cubierto	Per Cápita Requerido Adicional
Per Cápita Propuesta Atención Primaria sin GA y sin INCENTIVOS	345.11	250.11	95
Primer Nivel de Atención	226.79	178.58	48.21
Programa de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión Arterial	118.32	71.53	46.79
Per Cápita Propuesta Atención Primaria con GA 10%	383.45	277.9	105.55
Primer Nivel de Atención	251.99	198.42	53.57
Programa de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión Arterial	131.47	79.48	51.99
Per Cápita Propuesta Atención Primaria sin GA y con 10% de Incentivos	367.87	250.11	117.76
Primer Nivel de Atención	244.68	178.58	66.1
Programa de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión Arterial	123.19	71.53	51.66
Per Cápita en Exceso sin GA para Incentivos 10% 1/	22.76	0	22.76
Primer Nivel de Atención	17.89	0	17.89
Programa de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión Arterial	4.87	0	4.87
Per Cápita Propuesta Atención Primaria con 10% GA e incentivos.	406.22	277.9	128.32
Primer Nivel de Atención	269.88	198.42	71.46
Programa de Prevención Secundaria y Terciaria de Diabetes e Hipertensión Arterial	136.34	79.48	56.86

1/ El 10% de incentivos está estimado sobre el Per cápita de Riesgo Requerido solo para procedimientos.



VIII. FONDO PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

Para la gestión de los fondos correspondientes al Primer Nivel de Atención y para los Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria, se propone al Consejo Nacional de la Seguridad Social crear una cuenta especial denominada FONDO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, a través de la cual la Tesorería de la Seguridad Social deberá transferir mensualmente los Per cápita Adicionales correspondientes al Primer Nivel de Atención y a los Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria, y que posteriormente serán dispersados a las ARS para su pago a las Prestadoras de Servicios de Salud.

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales remitirá mensualmente a la TSS (previo al período de dispersión), los NSS de los afiliados adscritos e inscritos en las PSS de Primer Nivel y/o Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria, por lo cual la dispersión a las ARS/SENASA sólo se realizará en función del número de afiliados registrados para el período.

El per cápita adicional correspondiente al Primer Nivel de Atención y a los Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria incluyen el 10% de gastos administrativos para las ARS/SENASA, para cubrir los gastos de contratación, supervisión, monitoreo, auditoría y cualquier otra gestión administrativa.

Las ARS/SENASA recibirán de la TSS el valor consignado del Per Cápita Adicional (Requerido para Primer Nivel y Diferenciado Requerido para Prevención Secundaria y Terciaria por Afiliado Inscrito) para la contratación y pago a los Prestadores de Servicios de Salud, con el 10% de los gastos administrativos. Los montos correspondientes a los incentivos por cumplimiento de metas quedarán bajo reserva en el Fondo de Atención Primaria en Salud para ser dispersado a las ARS con una periodicidad anual. La SISALRIL deberá consignar en la Normativa de Contrato de Gestión entre ARS y PSS de Primer Nivel y Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria la metodología, mecanismos y criterios a través de los cuales se pagarán los incentivos a las PSS. De igual manera deberá ser consignada en dicha normativa las penalidades establecidas a las PSS por falta de cumplimiento de los indicadores propuestos.

IX. SEGUIMIENTO Y MONITOREO. INDICADORES

La inclusión de coberturas correspondientes a la aplicación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, representa avances significativos en el Catálogo de coberturas, en las modalidades de contratación y pago de PSS y en las responsabilidades de Gestión de Riesgos. Será necesario por lo tanto desarrollar nuevos mecanismos de monitoreo y supervisión para garantizar los derechos de los afiliados y para favorecer e impulsar la adscripción de los núcleos familiares a los PSS de Primer Nivel y el registro de afiliados con diagnóstico de Hipertensión Arterial y/o Diabetes en los servicios de Prevención Secundaria y Terciaria correspondientes.



Así mismo, el monitoreo sobre el cumplimiento de metas de los Prestadores de Servicios de Salud, y la adecuada gestión de las ARS para el otorgamiento de las prestaciones establecidas y la calidad de la atención, requerirá un conjunto de indicadores y un sistema de información adecuado a los mismos. La propuesta incorpora la decisión de que estos indicadores formen parte de los Contratos de Gestión entre las ARS y los PSS correspondientes, a fin de garantizar mejor su cumplimiento por ambas partes.

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, junto al Ministerio de Salud Pública, establecerán que común acuerdo las metas mínimas necesarias que deberán alcanzar los Prestadores de Servicios de Salud y que deberán garantizar las ARS/SENASA a sus afiliados. Estos indicadores serían establecidos mediante Resolución Administrativa de la SISALRIL en un período no mayor a 90 días, luego de la Resolución del CNSS que implemente la Atención Primaria y el Primer Nivel de Atención en Salud.

X. SÍNTESIS DE CONTENIDOS CLAVES DE LA PROPUESTA

En el Anexo 3 se ha identificado los aspectos de la propuesta, los que deberían ser considerados por el honorable CNSS al emitir la Resolución correspondiente, para favorecer su mejor aplicación. La SISALRIL, a solicitud del CNSS está en disposición de apoyar técnicamente a las Comisiones correspondientes en la preparación del proyecto de Resolución que será elevado a consideración del pleno del Consejo.

XI. PLAN DE TRABAJO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

En el Anexo 4 se presenta una propuesta de Plan de Trabajo para facilitar el cumplimiento de procesos y procedimientos necesarios para una adecuada implementación de la Atención Primaria en Salud y el Primer Nivel de Atención. En este plan hemos considerado tiempos aproximados para actividades que competen a otros actores del Sistema Dominicano de Seguridad Social, tiempos que tendrían que ser considerados y confirmados por cada institución.

Las actividades colocadas en el Plan de Trabajo se circunscriben a las acciones planteadas o descritas en la presente propuesta, por tanto, las adecuaciones o necesidades específicas que puedan surgir de las entidades involucradas para su implementación y/o adecuación no están siendo consideradas. Recomendamos que una vez sea revisada y considerada esta propuesta de cronograma y responsabilidades, se revise el plan de acción propuesto junto a todos los actores involucrados y se defina la ruta crítica correspondiente.



XII. ANEXOS

ANEXO 1. Nota técnica sobre estimación de costos. Per cápitas diferenciados.

ANEXO 2. Coberturas Explícitas.

ANEXO 2A. Coberturas explícitas. Primer Nivel de Atención.

ANEXO 2B. Coberturas explícitas de Prevención Secundaria y Terciaria.

ANEXO 3. Síntesis de contenidos clave de la propuesta.

ANEXO 4. Plan de Trabajo Sugerido.
